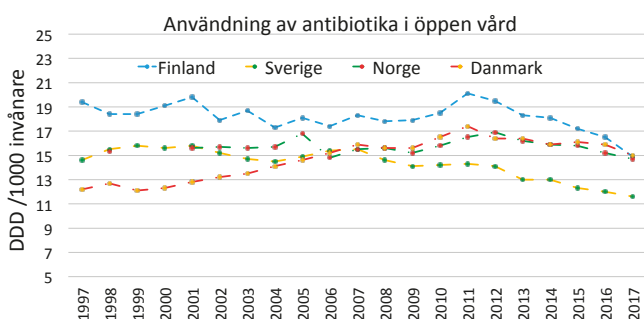


Är vi nordbor?

De övriga nordiska länderna är den naturliga referensen för vår sjukvård. Finansieringen av sjukvården sker huvudsakligen via skatteintäkter och vi är eniga om livets och samhällets värderingar. Vidare hör vi till de länder som har minst antibiotikaresistens i världen. Nyligen publicerade data bekräftar att samtliga nordiska länder hör till de länder i Europa som har den lägsta bördan av resistenta bakterier och följaktligen det lägsta dödstalet relaterat till antibiotikaresistens (1). Gemensamma riktlinjer för antibiotikaanvändning torde vara en naturlig förklaring till låg resistens, men skillnaderna i antibiotikabruket mellan de nordiska länderna har, överraskande nog, varit markanta. I Finland har vi länge använt mer antibiotika än i de övriga nordiska länderna, nästan lika mycket som i Europa i genomsnitt (2). Under de tre senaste åren har vi ”flyttat västerut” och närmat oss de övriga nordiska länderna, vilket kanske inte alltid har kommit fram i den allmänna politiska diskussionen. Användningen av antibiotika i Finland har sjunkit klart i den öppna vården och ligger nu praktiskt taget på samma nivå som i Danmark eller Norge (Figur 1). Sverige har, tack vare målmedvetna kampanjer, lyckats minska sin antibiotikakonsumtion med en tredjedel.

Av samtliga antibiotika ges endast cirka 13 procent på sjukhus. I Finland är denna användning klart större än i de övriga nordiska länderna (Figur 2).

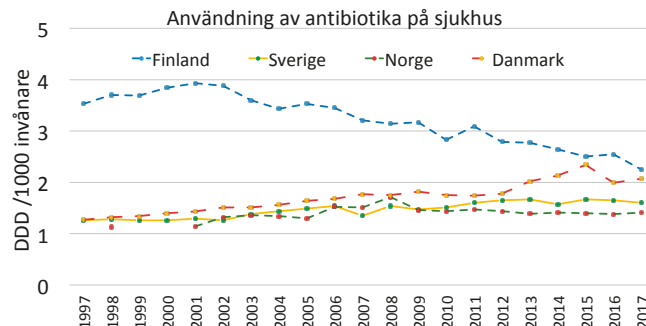


Figur 1. Användning av antibiotika i öppen vård i de nordiska länderna 1997–2017 som specificerade dagsdoser per 1 000 invånare (defined daily doses = DDD) enligt statistik från EU:s smittskyddsmyndighet (ECDC).

Trenden hos oss tyder dock på en minskning av sjukhusrelaterat antibiotikabruk. Detta antas bero på en reell sänkning av antibiotikabruket, även om det skett minskningar i till exempel användningen av urinvägsdesinficerande medel (såsom metenamin) som också ingår i statistiken för totalt antibiotikabruk. Detta ger hopp om att även sjukhusläkare i Finland gradvis anammar en nordisk praxis för antibiotikabruk.

Trots att vi närmar oss de övriga nordiska länderna kvantitativt sett är de kvalitativa skillnaderna i antibiotikabruk markanta mellan oss finländare och övriga skandinaver. I Danmark och Sverige är två tredjedelar respektive hälften av allt antibiotikabruk i öppenvården penicillinbaserat (smalspektrigt) medan det i Finland och Norge endast är cirka en tredjedel. Även på sjukhus i de övriga nordiska länderna är minst hälften av antibiotikadoserna penicillinbaserade medan motsvarande andel hos oss är under en tredjedel. Detta syns även i behandlingsrekommendationerna.

I de övriga nordiska länderna påbörjas behandlingen av en allmäninfektion med oklart fokus vanligtvis med ett stafylokokpenicillin i kombination med en aminoglykosid. Hos oss är ”husets vin” för en patient med feber och förhöjt CRP på sjukhusjouren intravenös cefuroxim, vilket fortfarande är effektivt mot de mest sannolika patoge-



Figur 2. Användning av antibiotika på sjukhus i de nordiska länderna 1997–2017 som specificerade dagsdoser per 1 000 invånare (defined daily doses = DDD) enligt statistik från EU:s smittskyddsmyndighet (ECDC).

nera bakom svåra allmäninfektioner hos tidigare friska personer. Mot denna bakgrund är valet av cefuroxim lätt att stödja, men huruvida empiriskt cefuroxim leder till bättre behandlingsresultat vet vi inte. Vi använder också klart mera cefalosporiner i öppenvården än de övriga nordiska länderna. Måhända våra nordiska grannar har rätt i att vi lider av en sorts gruppsykos som heter cefalosporinos?

Ett annat finländskt särdrag har varit den stora användningen av metenaminhippurat för att förebygga urinvägsinfektioner. Metenamin torde inte direkt öka antibiotikaresistensen även om substansen räknats in i statistiken. Kring millennieskiftet bestod cirka 20 procent av alla registrerade antibiotikadoser hos oss av metenamin, och andelen är fortfarande 7 procent. I föl användes metenamin lika mycket i Sverige som hos oss. Den minskade metenaminanvändningen är en av förklaringarna till den minskade totala antibiotikakonsumtionen i Finland och den står för en ännu större del av den sjukhusrelaterade minskningen. Denna minskning har mestadels skett i långvården eller på avdelningar som tar hand om äldre människor. Troligtvis förklaras minskningen av att allt fler avdelningar administrativt sett flyttats över till den sociala sektorn. Här tycks normmännen gå i motsatt riktning och de har under de senaste åren i växande omfattning satt sina far- och morföräldrar på metenamin. Användningen av metenamin i Norge är numera mer än tre gånger så stor som i Finland eller i Sverige. Statistiken ger inget svar på varför åldringsarna i Danmark klarar sig praktiskt taget helt utan metenamin? Kanske de ser till att ha rikligt urinflöde med hjälp av öl eftersom hela 27 procent av danska män över 65 år har alkoholproblem, enligt Copenhagen Post (11.4.2016). Varför väljer jag att diskutera metenamin? Först och främst visar det att vi behöver mer kunskap för att tolka statistiken. Vidare visar det att förändringar i användningen av läkemedel kan ske snabbt.

Statistiken säger inte hur vården är organiserad och avslöjar inte heller skillnader i vårdprocessen. Vi jämförde vården av komplicerade hud- och mjukdelsinfektioner i en populationsbaserad studie i Helsingfors och Göteborg under fyra års tid. Båda har samma befolkningsunderlag och lika låg frekvens av resistenta mikrober. Patienter tas hand om av universitetskliniker på båda ställena. Utgångsläget för likartad behandling borde vara självklart. I Helsingfors vårdades patienter i genomsnitt hälften längre på sjukhus och den totala antibiotikabehandlingen var nästan tre gånger så lång som i

Göteborg (3). I Helsingfors fick nästan alla patienter bredspektrig antibiotika, riktat huvudsakligen mot gramnegativa bakterier, medan endast hälften av patienterna i Göteborg fick motsvarande bredspektriga preparat. Utgående från mikrobiologiska odlingar hade endast ett fåtal krävt så bredspektrig behandling. I Helsingfors byttes antibiotikasort oftare och också fortare. Små skillnader i patientmaterialet kunde inte förklara de stora skillnaderna i behandlingen. Förklaringen återfanns i hur vården var organiserad. I Helsingfors flyttades över hälften av patienterna mellan olika avdelningar, medan 85 procent av patienterna i Göteborg vårdades på samma avdelning – närmast en infektions- eller internmedicinsk avdelning. Varje flytt till en annan avdelning medförde förändringar i antibiotikabehandlingen. Vidare konsulterades kirurg oftare som på begäran åtminstone skar ett titthål, vilket förlängde sjukhusvården ytterligare. I Göteborg var infektionsläkaren huvudansvarig för vården. Tyvärr rådde motsatt läge i Helsingfors – till och med konsultation av infektionsläkare skedde beklagligt sällan. I Helsingfors var däremot alla avdelningar och specialiteter ytterst nöjda. Alla hade korta vårdperioder och fick inkomster och deras verksamhet såg effektiv ut i den egna statistiken – som på beställning av betalarna eller politikerna.

Det första exemplet visar att vi närmar oss nordborna kvantitativt sett vad gäller användning av antibiotika och det ger hopp för framtidens behandlingsmöjligheter. Visserligen ligger vi fortfarande långt från antibiotikabruket i Sverige eller Nederländerna och kvalitativt sett förefaller vi att ligga utanför ramen i ett nordiskt sammanhang. Kanske vi borde ta till den naturliga jämförelsen med de övriga nordiska länderna oftare – i synnerhet nu när vi håller på att omorganisera hälso- och sjukvården totalt. Siktet borde vara inställt på att behandla hela patienten i stället för att ägna sig åt poängjakt för enskilda vårdenheter.

Asko Järvinen

Referenser

- 1) Cassini A, Diaz Högberg L, Plachouras D, Quattrocchi A et al.. Attributable deaths and disability-adjusted life-years caused by infections with antibiotic-resistant bacteria in the EU and the European Economic Area in 2015: a population-level modelling analysis. *Lancet Inf Dis* 2018, epub Nov 5.
- 2) <https://ecdc.europa.eu/en/antimicrobial-consumption>
- 3) Jääskeläinen IH, Hagberg L, Schyman T, Järvinen A. A potential benefit from infectious disease specialist and stationary ward in rational antibiotic therapy of complicated skin and skin structure infections. *Infectious Diseases* 2018;2:107–116.